

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

OCCIPITO-POSTÉRIEURES

(PRONOSTIC ET INTERVENTIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juin 1899

PAR

PAUL LAPEYRE

Né à la Parade (Lozère)

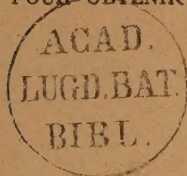
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CONCOURS 1893-94 — MENTION HONORABLE

CONCOURS 1894-95 — MENTION TRÈS HONORABLE

EXTERNE DES HOPITAUX (P^{re}.) — CONCOURS 1896-97

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUX, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON, Doyen.
HAMELIN (*), Assesseur.

Professeurs

Hygiène.

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

Clinique obstétricale et Gynécologie.

Thérapeutique et Matière médicale.

Clinique médicale.

Clinique des maladies ment. et nerv.

Physique médicale.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique.

Chimie médicale et Pharmacie.

Physiologie.

Histologie.

Pathologie interne.

Anatomie.

Opérations et Appareils.

Microbiologie.

Médecine légale et Toxicologie.

Clinique des maladies des enfants.

Anatomie pathologique.

Id. BOSC (Chargé du cours).

MM. BERTIN-SANS.

GRASSET (*).

TEDENAT.

GRYNFELTT.

HAMELIN (*).

CARRIEU.

MAIRET (*).

IMBERT.

GRANEL.

FORGUE.

TRUC.

VILLE.

HEDON.

VIALLETON.

DU CAMP.

GILIS.

ESTOR.

RODET.

SARDA.

BAUMEL.

N.....

.....

DOYEN HONORAIRE : M. MAIRET (*).

PROF. HONOR. : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....

Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.

Clinique annexe des maladies des vieillards..

Pathologie externe.....

Pathologie générale.....

VALLOIS, agrégé.

BROUSSE, agrégé.

VIRES, agrégé.

DE ROUVILLE, agrégé.

RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :

BROUSSE.

RAUZIER.

LAPEYRE.

MOITESSIER.

BOSC.

Messieurs :

DE ROUVILLE.

PUECH.

VALLOIS.

MOURET.

DELEZENNE.

Messieurs :

GALAVIELLE.

RAYMOND.

VIRES.

IMBERT.

BERTIN-SANS

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, président.

CARRIEU, professeur.

PUECH, agrégé.

VALLOIS, agrégé, ch. de c.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation,

A la mémoire de mon Père

A MA MÈRE

*Je te dédie ce modeste travail; accepte-le,
je te prie, comme gage d'amour filial et de
reconnaissance pour tous les sacrifices que
tu t'es imposés pour moi.*

P. LAPEYRE.

A MON FRÈRE CONSTANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Permets-moi, mon cher frère, de t'offrir ce travail que je me suis efforcé de rendre digne de toi, tout en ayant la conviction de ne pouvoir y arriver. Tu as bien voulu, après de pénibles circonstances, me tenir lieu de père. Tu as aussi dirigé mes études de tes conseils éclairés et intelligents. Je suis heureux, à l'occasion de ma thèse inaugurale, de pouvoir t'exprimer toute ma reconnaissance et t'assurer de mon entier dévouement à toi et à ta famille.

P. LAPEYRE.

A mes frères FERDINAND et JEAN

A ma sœur ANGÈLE

**A mes belles-sœurs CLAUDINE, THÉRÈSE
et MARIE**

A mon beau-frère LOUIS

A mes neveux et à mes nièces

A tous mes Amis

P. LAPEYRE:

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

P. LAPEYRE.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, il nous est une bien douce obligation : c'est celle d'adresser à tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à nos études, nos remerciements les plus sincères. Nous avons rencontré chez tous nos Maîtres, à la Faculté et à l'Hôpital, les plus grandes sympathies; qu'ils soient assurés ici de toute notre reconnaissance.

M. le professeur Carrieu nous a, dès notre deuxième année, fait, dans son service magistral au suburbain, l'accueil le plus sympathique. Il a toujours été pour nous un Maître plein de bienveillance, nous l'en remercions profondément.

M. le professeur Grynfeldt a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; nous sommes heureux de lui dire combien nous sommes touché de l'honneur qu'il nous a fait.

Nous tenons également à remercier M. le Médecin principal Bablon et M. le professeur Truc, dans les services desquels nous avons eu l'honneur d'être externe, de leur enseignement magistral.

A M. le professeur agrégé Vallois nous devons l'idée de ce travail et beaucoup de précieux conseils pour sa rédaction; qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur agrégé Rauzier de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

M. le professeur agrégé Vires nous honore depuis longtemps de son amitié, nous sommes heureux de lui dire combien nous en sommes touché.

Nous croirions manquer à un devoir sacré si nous ne remercions pas MM. les professeurs Granel, Forgue, Gilis, Estor et Baumel.

Nous leur devons bien des connaissances utiles et parfois fort difficiles, mais qu'ils ont su nous rendre fort agréables et fort intéressantes grâce à leur mode d'enseignement si clair et si intelligent.

Nous avons également contracté une dette de reconnaissance à l'égard des professeurs agrégés Brousse, de Rouville, Puech, Mouret, Galavielle et Bertin-Sans. Nous sommes heureux de les remercier et de les assurer de tout notre dévouement.

A M. le docteur Guérin-Valmale, chef de clinique à la Faculté, nous devons une grande partie de notre éducation obstétricale ; nous saisissons avec plaisir l'occasion de lui adresser nos plus sincères remerciements.

Nous prions notre confrère M. le docteur Guiraud d'accepter le témoignage de notre amitié la plus vive.

Nous terminerons en adressant à M. le médecin-major de 1^{re} classe Massonnaud nos remerciements les plus sincères. Il a bien voulu, lors de notre séjour à Lodève où nous étions soldat, nous prendre pour ainsi dire comme interne à l'hôpital de cette ville où il était chef de service des salles militaires et nous y donner les premières notions de médecine.

INTRODUCTION

Il est une question qui, de tout temps, a beaucoup intéressé les accoucheurs. c'est celle des variétés postérieures des présentations du sommet. Aussi trouvons-nous la littérature obstétricale riche en discussions et en théories sur ce sujet. Elles furent longtemps méconnues et nous devons arriver jusqu'à Nægelé pour voir ces variétés occuper leur véritable place. Le professeur d'Heidelberg montra que généralement les occipito-postérieures tournaient et se dégageaient en avant. Plus tard, Pajot édicta la loi d'accommodation et établit que le même principe régissait le mécanisme de l'accouchement, que ce fût une variété antérieure ou postérieure. A partir de ce moment, on ne voit plus de théories comme celle des plans inclinés, ou celle du parallélogramme des forces de Cazeaux et beaucoup d'autres; et on peut dire que tout le monde s'entend sur le mécanisme des occipito-postérieures.

Longtemps aussi on discuta avant de s'entendre sur la fréquence relative de ces variétés. Pour les anciens accoucheurs on peut dire que c'étaient de véritables raretés obstétricales, et on en cite un, qui cependant avait une longue expérience, déclarant n'avoir pas accouché plus de six femmes avec des enfants venant la «face en dessus». — A cela, rien d'étonnant, puisque avant la découverte de Nægelé, on ne considérait comme occipito-postérieures que les variétés qui se ter-

minaient par un dégagement en O S. Solayrès de Renhac avait cependant déjà entrevu la vérité et il plaçait comme fréquence les O I D P immédiatement après les O I G A. Après lui, Baudelocque plaçait les O I D A avant les O I D P. De nos jours, plusieurs statistiques ont été données à ce sujet, nous en rapporterons quelques-unes.

Paul Dubois, recherchant sur 1913 présentations du sommet, a trouvé les résultats suivants :

O I G A	1355
O I D P	491
O I D A	55
O I G P	12

La classification de MM. Stoltz, Tarnier et Chantreuil donne l'ordre suivant :

O I G A — O I D P — O I G P — O I D A.

En 1889, Bataillard, recherchant la fréquence pour cent, a donné les résultats suivants :

O I G A	61,32
O I D P	26,70
O I G P	10,47
O I D A	0,94

En 1892, M. Vallois, alors chef de clinique à la Faculté de Nancy, ayant fait des recherches sur 2,000 accouchements en présentation du sommet à la Maternité de cette ville, a trouvé les résultats suivants :

O I G A	65,95 p. 100
O I D P	33,05 —
O I D A	0,45 —
O I G P	0,15 —

Swayne et Sentex ont donné une statistique qui diffère des précédentes en ce que les O I D A y sont placées avant les O I D P ou O I G P. Ce fut, pour cette raison, que le docteur Sentex ne se vit attribuer par l'Académie de médecine qu'une partie du prix Capuron. Il est probable que ces auteurs avaient fait des erreurs de diagnostic et avaient pris pour des O I D A primitives des O I D A provenant de O I D P en train d'évoluer. Quoi qu'il en soit, on peut dire que tout le monde est aujourd'hui d'accord et que les classifications de MM. Stoltz, Tarnier, Chantreuil, Bataillard et Vallois sont universellement acceptées.

Mais il n'en est pas de même du pronostic et de la conduite à tenir. Il nous a paru qu'il serait intéressant de voir ce qui a été dit sur ces deux points et d'en déduire la meilleure règle de conduite.

Dans la première partie de notre travail nous étudierons le pronostic de l'accouchement dans les variétés postérieures, nous basant sur des recherches personnelles faites dans les registres de la clinique obstétricale que nous avons eu à notre disposition, grâce à l'obligeance de notre Maître M. le professeur Grynfeldt. Dans la deuxième partie nous nous occuperons de la conduite à tenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCIPITO-POSTÉRIEURES

PREMIÈRE PARTIE

DU PRONOSTIC

Il était de croyance générale au XVII^e siècle que dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, l'occiput reste fatalement en arrière. Aussi les accoucheurs de cette époque (Courtin, Gelée, Guillemeau) considéraient les occipito-postérieures comme fort mauvaises au point de vue fœtal parce que l'enfant venant « face en dessus » pouvait avaler le liquide amniotique et les vidanges et s'en trouver suffoqué. Elles étaient mauvaises aussi pour la mère à cause de la lenteur beaucoup plus grande du travail.

Mauriceau mettait au nombre des causes qui rendaient pour les femmes le travail plus long et plus laborieux la venue des enfants « face en dessus »,

Plus tard, Puzos et de la Motte signalent la lenteur du travail lorsque le vertex est en arrière.

En 1765, un illustre accoucheur allemand, Rœderer, parlant des accouchements « face en dessus », disait : « Une pareille situation ne peut que rendre l'accouchement très difficile ».

Smellie en Angleterre, Solayrès de Renhac en France, trouvent désavantageuses ces positions.

A mesure que les occipito-postérieures furent mieux connues, le pronostic en devint moins sombre. Néanmoins nous voyons plusieurs accoucheurs, tels que Capuron, au commencement de ce siècle et de nos jours M. Tarnier, continuer à les considérer tout au moins comme moins favorables que les occipito-antérieures.

En 1897, Guerrero (1), dans l'introduction de sa thèse inaugurale, s'exprimait ainsi :

« Pendant le cours de nos études hospitalières, alors que nous avions l'honneur d'être élève dans le service de notre Maître M. le professeur Pinard, nous avons à diverses reprises été vraiment surpris de constater par nous-même et d'entendre enseigner que, contrairement à l'opinion des accoucheurs classiques, le pronostic de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet était favorable, aussi favorable même que dans les variétés antérieures ».

A notre tour nous avons essayé de faire sur ce sujet quelques recherches personnelles, notre maître M. le professeur Grynfeldt a bien voulu mettre à notre disposition les registres de la clinique obstétricale de Montpellier ; cela nous a permis de faire un travail de statistique dont nous publions les résul-

(1) Thèses de Parès, 1897 ; — 129-142.

tats. Nos recherches ont porté sur 100 accouchements occiput en avant et 100 accouchements occiput en arrière. Nous avons pris des femmes de 20 à 30 ans, à bassin normal, ayant accouché d'un enfant à terme, mais de poids inférieur à 4.000 grammes.

Sur 100 O I G A nous avons trouvé 54 primipares et 46 multipares. Les 100 occipito-postérieures se divisaient ainsi : O I D P : 93 ; O I G P : 7.

Nous avons trouvé pour les O I G A primipares une durée moyenne de travail de 13 h. 36'; pour les O I G A multipares, une moyenne de 9 h. La même moyenne a été de 17 h. 30' pour 2 O I G P primipares; de 10 h. pour 5 O I G P multipares; de 15 h. 15' pour 47 O I D P primipares et de 10 h. pour 46 O I D P multipares.

De ces recherches qui n'ont peut-être que le défaut de porter sur un nombre de cas trop restreint, nous sommes autorisé à conclure que, d'une manière générale, le travail est plus long pour les variétés postérieures que par les variétés antérieures.

Nous insisterons particulièrement sur ce fait que le travail est surtout plus long pour les O I G P.

Nous avons cru qu'il serait intéressant de voir si la prolongation du travail a porté sur la période de dilatation ou sur la période d'expulsion. Nos recherches dans ce sens nous ont amené aux résultats suivants : la durée de la période d'expulsion dans les O I D P ou G P dépasse d'une dizaine de minutes seulement la durée d'expulsion des femmes accouchant en O I G A. C'est par conséquent sur la période de dilatation surtout que porte le retard du travail.

Tels sont les résultats, voyons quelle pourrait en être l'explication. Dans les variétés postérieures, la tête est généralement moins bien fléchie que dans les variétés antérieures et par suite appuie moins bien sur l'orifice utérin ; on note des

douleurs de rein qu'on remarque également quand la présentation ne repose pas nettement sur l'orifice du col. Il résulte de cela que forcément la dilatation met plus longtemps à se faire.

Nous devons reconnaître que dans nos observations la période d'expulsion a paru peu allongée (10'); peut-être en trouverons-nous l'explication lorsque nous donnerons la statistique des applications de forceps. En effet, il est aisé de comprendre pourquoi la durée de la période d'expulsion doit être plus longue pour les variétés postérieures.

La rotation de la tête est forcément plus longue, puisque dans les variétés antérieures l'occiput parcourt seulement $1/4$ de la $1/2$ circonférence du bassin, tandis que dans les variétés postérieures il parcourt les $3/4$ de la même $1/2$ circonférence. De plus, une condition pour que la tête tourne, bien c'est qu'elle soit bien fléchie; or, comme nous l'avons déjà dit, en général la flexion se fait moins bien dans les occipito-postérieures. Enfin, du fait même de la lenteur de la dilatation, l'utérus épuise ses efforts et il n'est pas très rare de voir la rotation se faire incomplètement et la tête rester en O I D A ou en O I D T, ou ne pas se faire du tout et on a alors une O I D P ou O I G P persistante qui ne se terminera (sauf intervention) qu'en occipito-sacrée; enfin il est des cas où la rotation est pervertie et où la tête tourne en O S.

Pensant qu'il serait intéressant de savoir ce qu'était le pronostic au point de vue de la terminaison même de l'accouchement, nous avons recherché sur les 200 observations qui servent de base à notre travail et nous avons trouvé : 8 applications de forceps pour 100 O I G A et 12 pour 93 O I D P et 1 pour 7 O I G P.

En présence de ces résultats, sans vouloir être trop pessimiste, il nous semble que nous sommes bien obligé de conclure que le pronostic des occipito-postérieures est moins

favorable que celui des occipito-antérieures. La durée de dilatation est plus longue ; le mouvement de rotation est plus considérable : inconvénients pour la femme et l'enfant si ce mouvement ne se fait pas. Enfin interventions plus fréquentes et nous ajouterons plus difficiles. Personne ne niera qu'une application de forceps sur une tête en O I D P ou O I G P ne demande bien plus d'habileté et de savoir de la part de l'accoucheur qu'une simple application sur une tête en O I G A.

Les faits cliniques rapportés par notre Maître M. le professeur agrégé Vallois, dans un travail publié dans les *Annales de tocologie* de 1892, montrent que le pronostic est surtout grave lorsqu'il s'agit de O I G P. Il attribue ce fait :

1° A la présence du rectum qui gêne la flexion de la tête (condition indispensable de la rotation) ;

2° A ce que ces variétés O I G P sont souvent méconnues et prises pour des O I G A. Si l'on intervient avec le forceps on se comporte comme s'il s'agissait d'une O I G A ; on néglige de faire la rotation en avant et trop souvent, croyant avoir affaire à une occipito-pubienne, on dégage en O S au grand détriment de l'enfant et au grand préjudice du périnée de la mère.

Comme notre Maître M. Vallois, dans une de ses leçons, nous dirons, en terminant ce chapitre de pronostic : « Méfiez-vous des occipito-postérieures, elles seront souvent la cause de vos déboires dans votre clientèle obstétricale ».

DEUXIÈME PARTIE

DE LA CONDUITE A TENIR

Puisque l'intervention dans les occipito-postérieures s'accompagne souvent de difficultés sérieuses, il nous a paru nécessaire de prévenir l'accoucheur et de voir quel est le meilleur mode d'intervention. Ce sera là le but de la deuxième partie de notre travail. Dans le premier chapitre nous examinerons les manœuvres externes ; dans le second les procédés manuels internes, et enfin dans le troisième les interventions instrumentales.

CHAPITRE PREMIER

DES MANŒUVRES EXTERNES

Nous laisserons de côté la conduite des anciens accoucheurs qui, ne connaissant pas le mécanisme naturel des occipito-postérieures, ne pouvaient indiquer une règle de conduite rationnelle. Nous nous occuperons seulement de ce qui est postérieur à Nœgelé.

Mattei (1), faisant jouer aux épaules un rôle considérable dans la rotation de la tête, agissait sur cette dernière par l'intermédiaire des premières. De plus, il ordonnait à la femme le décubitus latéral gauche lorsqu'il diagnostiquait une O I D P, le décubitus latéral droit lorsqu'il diagnostiquait une O I G P. M. Tarnier ayant eu recours au procédé de Mattei a toujours échoué.

Richardson de Boston (2) prétend que l'on peut facilement transformer en position antérieure une position postérieure même au début du travail, grâce à des manœuvres externes.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des procédés auxquels on n'a plus recours aujourd'hui, et nous n'y insisterons pas.

(1) *Annales de gynécologie*, 1876, p. 173.

(2) *Archives de tocologie*, 1885, p. 709.

CHAPITRE II

PROCÉDÉS MANUELS INTERNES

Les manœuvres manuelles internes destinées à convertir les positions postérieures en antérieures sont évidemment supérieures aux procédés décrits dans le chapitre précédent.

Sans nous arrêter aux procédés des anciens accoucheurs, nous dirons seulement que Baudelocque, le premier (inconséquent en cela avec sa théorie), essaya de ramener avec la main l'occiput en avant.

Lorsque Nœgelé eut montré que la plupart des occipito-postérieures évoluaient naturellement en avant, on vit les accoucheurs chercher à provoquer cette rotation lorsque la nature était impuissante à l'effectuer seule.

Les procédés proposés pour aider la nature ont été fort nombreux, comme on pourra en juger par l'exposé que nous allons en donner.

Pugh proposa de changer non la position, mais la présentation, et il préconisait la version afin de substituer un siège au sommet. Le Dr Sentex rapporte deux cas où la version fut couronnée de plein succès. Malgré cela, ce procédé n'est guère praticable parce que généralement au moment où on intervient, la tête est complètement engagée, la poche des eaux rompue depuis longtemps et la version par suite impossible. Quant à faire une version préventive au moment d'élection, le pronostic des occipito-postérieures n'est point assez grave pour l'autoriser.

Enfin Taylor (1), dans quelques cas fort difficiles, proposait de réduire le sommet en face parce que, d'après lui, le pronostic de la face n'est pas plus mauvais que celui d'une O I G A. Il nous semble inutile d'insister sur ce que cette manœuvre a d'irrationnel.

Un certain nombre d'auteurs, se fondant sur cette idée (qui est juste) que la flexion précède la rotation et qu'une tête bien fléchie est une tête sur le point de tourner, ont cherché à obtenir la rotation en faisant la flexion de la tête. Le Dr West, en Angleterre, presse de bas en haut sur l'os frontal afin d'exagérer la flexion de la tête. De la même façon, Playfair a obtenu une terminaison rapide dans deux accouchements qui traînaient en longueur malgré d'excellentes contractions utérines.

C'est surtout sur le principe de la rotation de la tête que sont basés la plupart des procédés de réduction manuelle.

Au commencement du siècle, Clarke proposa d'introduire deux doigts derrière la symphyse entre celle-ci et la tête, et au moment d'une contraction d'appuyer sur le front de façon à chasser celui-ci en arrière. Simpson et Merriman ont repoussé cette méthode comme pouvant amener une procidence du cordon.

John Burns conseille aussitôt la position reconnue d'introduire deux doigts dans l'utérus, de façon à agir sur le front. Si les membranes ne sont pas rompues, il faut naturellement les rompre, et c'est peut-être là le plus grand reproche que l'on puisse adresser à sa méthode.

Bedford (de New-York) conseille la manœuvre suivante : aussitôt que le col le permet, introduire la main et placer le

(1) American medical association, meeting Washington, mai 1884. — *Archives de tocologie*, 1884, p. 545.

pouce sur l'un des côtés de la tête, les autres doigts sur l'autre, et essayer ainsi de ramener l'occiput en avant.

Jacquemier introduisait deux ou trois doigts et essayait ainsi de faire tourner l'occiput sous la symphyse.

Dans ces dernières années, on a conseillé l'introduction de toute la main dans la cavité utérine.

John Parry (1) conseillait la méthode suivante : la femme étant endormie, on introduit la main droite dans le vagin, tandis que la gauche soutient le fond de l'utérus. Quatre doigts sont introduits contre l'occiput et, à l'aide du pouce faisant opposition, on soulève la tête au-dessus du détroit supérieur de façon à dégager ses grands diamètres et à produire la flexion, puis il ramène l'occiput en avant.

Sawyer (2) saisit la tête avec toute la main et la ramène en position antérieure.

En France, Blanc (3) déclare que l'introduction entière de la main constitue un des meilleurs moyens que l'accoucheur ait à sa disposition pour réduire une occipito-postérieure en occipito-antérieure.

Tous ces procédés sont aujourd'hui abandonnés, et lorsqu'on veut intervenir manuellement on s'en tient au procédé de réduction digitale, conseillé par M. Tarnier. Le savant professeur de Paris, ayant échoué avec les divers procédés manuels, pensa que la boule céphalique, unie comme une bille de billard et glissante, devait nécessairement échapper au doigt à moins d'un point d'appui plus résistant que ceux auxquels on avait eu recours. Ces considérations amenèrent

(1) American journal of obstetr., 1875-76, page 138.

(2) American journal of obstetr., 1884. — *Archives de tocologie*, 1885.

(3) De la correction manuelle des occip.-post. persistantes. — *Lyon médical*, 1887.

M. Tarnier à proposer une nouvelle méthode de réduction manuelle que nous décrivons d'après son auteur (1) :

« Dans les positions occipito-postérieures, l'une des oreilles du fœtus étant en rapport avec l'éminence ilio-pectinée gauche ou droite et, par conséquent, facilement accessible, peut donner au doigt un excellent point d'appui. Voici d'ailleurs comment je procède : quand la dilatation est complète ou à peu près, jamais avant, j'introduis profondément le doigt indicateur, le gauche, pour la position iliaque droite postérieure, et je l'applique sur le côté de la tête ; puis je le fais glisser en avant et en haut jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de l'oreille gauche sur toute sa hauteur ; j'attends alors une contraction utérine, et dès qu'elle commence, ou, pour mieux dire, dès que je la sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête, en le portant en même temps et avec force, mais sans violence, du côté du pubis, puis derrière la symphyse et enfin jusque sur le côté gauche du bassin. Pendant tout le trajet, le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille, et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant. La rotation artificielle ne doit provoquer aucune souffrance quand elle est bien faite. Dans certains cas, la manœuvre est incomplète, et l'occiput s'arrête à moitié chemin ; on active alors le mouvement au moment de la contraction utérine suivante ; mais, pour ne pas perdre le terrain qu'on a gagné, il est nécessaire de maintenir le doigt en place jusqu'à ce que cette contraction se produise.

» Même manœuvre en sens inverse, avec l'index droit, pour les occipito-iliaques gauches postérieures.

» Après trois ou quatre essais, si j'échoue, je n'insiste pas

(1) *Annales de tocologie*, 1875.

davantage de peur de fatiguer les malades ; mais nombre de fois la tête a obéi à ma première tentative de rotation artificielle ».

Nous ferons remarquer que M. Tarnier conseille ce procédé, non seulement lorsque l'arrêt du travail ou une circonstance quelconque forçait l'accoucheur d'intervenir dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, mais dans tous les cas d'occipito-postérieure où la rotation était lente à se faire, afin d'éviter à la femme une fatigue et une douleur inutiles. Quand on ne ferait tourner, disait-il, que des têtes qui eussent tourné toutes seules, le temps aidant, on aurait fait œuvre utile en épargnant des heures de souffrance aux mères et aux enfants dont on a pris charge.

Quelques auteurs ont proposé de combiner les manœuvres externes; ce sont là des méthodes qui n'ont jamais été prises au sérieux et sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Nous terminerons ce chapitre par l'exposé de la manœuvre de Lévriot, procédé mixte à la fois manuel et instrumental et dont nous empruntons la description à son auteur (1) :

« Admettons, dit-il, une position occipito-iliaque droite postérieure dont la rotation ne peut se faire. La main gauche, le pouce excepté, graissée sur ses faces dorsale et palmaire, sera introduite dans les voies génitales dans l'intervalle de la contraction utérine, suivant la direction du canal pelvien ; non latéralement et dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination, mais postérieurement en supination, de telle sorte que le dos de la main repose sur la face postérieure du conduit vaginal, le coude abaissé de plus en plus, au fur et à mesure que la main doit pénétrer plus profondément dans le canal pelvien, pour qu'elle puisse progresser

(1) *Annales de gynécologie*, 1884.

dans la direction de son axe, manœuvrant comme dans le premier temps de la version dans le procédé qui consiste à pénétrer dans l'utérus en suivant la courbure vagino-sacrée.

» L'opérateur contourne ainsi la tête fœtale d'avant en arrière, jusqu'à ce que la paume de la main enchâsse dans sa concavité le pariétal postérieur.

» Pendant que la main gauche accomplit ce premier temps, la face palmaire de la main droite, largement appuyée sur la paroi abdominale, maintiendra le fond de l'utérus.

» La main ainsi placée, le bord radial de l'index se frayera un chemin entre la paroi postérieure de l'excavation et la tête, dont elle repoussera en avant, de droite à gauche, l'extrémité occipitale, jusqu'à ce qu'elle puisse prendre au niveau de la symphyse sacro-iliaque la place abandonnée par l'occiput.

» L'accoucheur a pour ainsi dire creusé la loge que doit occuper la cuiller de la branche du forceps ».

On a par ce procédé amené la tête en OI DT et souvent même en OI DA et il ne reste plus qu'à faire une application de forceps bien simple pour extraire.

CHAPITRE III

INTERVENTION INSTRUMENTALE

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'usage du levier encore employé en Belgique et en Allemagne. Il fut surtout préconisé par Eugène Hubert, mais attaqué par un grand nombre d'accoucheurs. C'est un procédé aujourd'hui à peu près complètement abandonné ; nous n'insisterons pas davantage et passerons tout de suite à l'intervention à l'aide du forceps.

C'est, en effet, à ce dernier instrument que l'on doit avoir recours lorsque l'on n'aura pas réussi à ramener l'occiput en avant à l'aide du doigt et suivant le procédé de M. Tarnier ; ou bien lorsque l'on aura échoué à l'aide de la manœuvre de M. Loviot, ou que celle-ci ne pourra être tentée à cause de la non flexion de la tête. Enfin on peut être obligé d'intervenir à l'aide du forceps lorsque l'on se trouve dans la nécessité de terminer rapidement l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou dans celui de l'enfant.

L'accoucheur peut être appelé à appliquer un forceps sur une tête en occipito-postérieure dans l'un des trois cas suivants : ou bien la tête sera en O I D P ; ou bien en O I G P ; ou enfin en O S.

Envisageons d'abord le premier cas qui est de beaucoup le plus fréquent et supposons la tête en O I D P. Voici comment on procédera :

Les précautions antiseptiques nécessaires étant prises, la

main droite, comme guide, étant introduite la première, on porte la branche gauche en arrière et à gauche, et on la fait glisser sur le côté droit de la face. L'autre branche (la droite) répondra à l'éminence ilio-pectinée droite. En un mot, on fait une application régulière quant à la tête et oblique quant au bassin, la grande courbure de l'instrument dirigée en avant et à gauche, c'est-à-dire vers le front.

On tirera sur le tracteur (nous supposons qu'on opère avec le forceps Tarnier) en ayant soin qu'il soit toujours à 1 centimètre des manches. Cette traction a pour but d'amener la tête sur le périnée. Ce résultat obtenu, que nous restera-t-il à faire? Ici se pose une question qui a été fort discutée.

Levret, qui fut amené à modifier son instrument à cause des difficultés qu'il rencontrait dans les occipito-postérieures, ne tentait jamais la rotation. Deleurye, Solayrès de Renhac, Baudelocque, Capuron, Nœgelé, Chailly et de nos jours Stoltz, Grenser, Villeneuve, Chassagny ont violemment attaqué la rotation.

Parmi ses défenseurs nous trouvons : Jacquemier, Depaul, Blot, Joulin, Bailly, Tarnier... Le professeur Pajot disait : « Essayez la rotation ; si elle est facile, faites-la ; si la tête résiste, dégagez en occipito-sacrée ».

Le grand argument contre la rotation était la torsion du cou qui amenait la mort de l'enfant. Joulin, un des défenseurs de la rotation, recommandait de s'assurer par l'auscultation que le tronc suivait le mouvement de rotation de la tête. Villeneuve, de Marseille, prétendait que l'on ne pouvait essayer de faire tourner la tête que tout autant qu'il restait dans l'utérus suffisamment de liquide pour permettre au tronc d'évoluer.

Les expériences de Tarnier et les recherches de Ribemont ont largement montré ce que valaient ces arguments. Ils ont en effet prouvé que si on fait exécuter à la tête une rota-

tion d'un demi-cercle, les épaules restant immobiles, le mouvement se passe à la fois dans les articulations des vertèbres cervicales et dorsales ; par conséquent la rotation ne pouvait occasionner des lésions ni du cou ni de la moelle. De plus ils prouvèrent aussi que la torsion présentait moins de danger pour l'enfant que la flexion exagérée que demandait le dégagement en occipito-sacrée. Enfin Budin a rapporté deux exemples de rotation spontanée considérable de la tête non suivie de la rotation du tronc. On a encore objecté à cette méthode que lorsque la rotation est accomplie, que la tête est à la vulve, l'instrument est renversé, ce qui a de graves inconvénients pour le dégagement. Il est facile de répondre à cette objection : Le forceps est renversé, mais si la femme est multipare, a un périnée souple, on peut dégager dans cette position sans grand dommage pour les parties maternelles. Si la femme est primipare, a un périnée peu souple, il suffira de faire une deuxième prise.

Il nous semble avoir suffisamment réfuté les reproches adressés à la rotation, cette méthode nous paraît être la méthode de choix.

Quand doit-on tenter la rotation ? Comme nous l'avons déjà dit, par des tractions graduées (avoir soin d'éviter les secousses) on a amené la tête sur le plancher du bassin, c'est le moment où, d'après Farabeuf et Varnier, doit être faite la rotation. C'est en effet à ce niveau que le plus souvent la tête tourne spontanément. Cependant il est un cas où, s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux, M. Vallois propose de faire la rotation au-dessus du plancher du bassin. C'est lorsque, après les premières tractions, on voit les manches du forceps se relever fortement *quoique la tête n'appuie pas encore sur le plancher du bassin*. Si l'on continue à tirer, on dérape presque forcément. Varnier a fourni l'explication de ce phénomène : Lorsque l'on fait une application

de forceps sur une tête immobilisée en occipito-postérieure, la flexion est loin d'être complète, souvent même suffisante; dans ces conditions, la tête est mal prise, l'instrument dérapera au moment où la tête se fléchira. Varnier proposait, alors, de faire deux prises, dont la première avait pour but seulement de fléchir la tête.

Comme le dit M. Vallois, puisque, au moment où l'on voit les manches du forceps se relever outre mesure, où l'on sent les cuillers glisser sur la tête, celle-ci se trouve bien fléchie, pourquoi à ce moment-là ne tenterait-on pas de faire la rotation, avant de procéder à une deuxième application de forceps? A l'appui de cette manière de faire, dans son travail de septembre 1892, M. Vallois rapporte plusieurs faits cliniques. Nous-même avons vérifié ce fait plusieurs fois sur le mannequin. Du reste, il n'est pas rare de voir la rotation s'effectuer spontanément au-dessus du plancher pelvien; M. Vallois rapporte l'observation d'une femme chez laquelle dans 2 accouchements successifs il a constaté ce fait.

La rotation peut donc, suivant les cas, être effectuée au-dessus du plancher pelvien ou au niveau de celui-ci; voyons maintenant de quelle façon on doit l'exécuter.

Que l'on opère avec un forceps ordinaire ou avec celui de M. Tarnier, le principe est le même: l'instrument doit tourner non pas autour de l'axe des manches, mais autour de celui des cuillers.

Si on opère avec un forceps ordinaire, on saisira les manches à pleines mains et on leur fera décrire un cône de rotation dont le sommet répondra à la tête et dont la base sera une circonférence décrite par le mouvement de rotation des manches.

Si on a à sa disposition l'instrument de M. Tarnier, on immobilisera le tracteur de la main droite et, avec le pouce et l'index de la main gauche, on imprimera à l'extrémité des

manches un mouvement de circumduction autour d'un axe représenté par la ligne fictive qui unirait les extrémités de la tige de traction. On n'oubliera pas de procéder avec la plus grande douceur ; on n'usera jamais de violence, à la moindre résistance on devra s'arrêter.

La rotation est donc exécutée, il ne nous reste plus qu'à procéder à l'extraction du fœtus. Du fait même de la rotation, le forceps se trouve renversé ; si la femme est multipare, a un périnée souple, on dégagera sans faire une deuxième prise. S'il y a indication de terminer rapidement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, on dégagera forceps renversé en s'efforçant de ménager le plus possible le périnée.

Si la femme est primipare, il est préférable, dans l'intérêt de son périnée, de faire deux applications. La deuxième application n'offre aucune difficulté puisqu'il s'agit de saisir et de dégager une tête en O P. Si même on a de bonnes contractions et que rien ne presse, on pourrait laisser à l'utérus le soin d'expulser le fœtus.

Avant de procéder à la deuxième prise, il est une petite précaution que recommande M. Vallois : lorsque l'on désarticule, il faut avoir soin d'enlever la dernière la branche qui est du côté où était primitivement la tête. Ainsi pour une O I D P, la branche enlevée la dernière sera la branche gauche, puisque lorsque le forceps est renversé, c'est celle qui est à droite. On ne la retirera que lorsque l'on aura introduit à sa place la main gauche qui, à son tour, sera retirée après avoir servi de guide à la première branche de la deuxième application. On aura ainsi évité le retour en arrière de l'occiput, ce qui a lieu quelquefois sous l'influence de la torsion du cou de l'enfant.

M. Vallois rapporte plusieurs faits cliniques où le retour de l'occiput en arrière se produisait lorsque l'on désarticulait ; même dans un cas, ce retour en arrière se reproduisit trois

fois de suite. Il remédia à cet inconvénient par la manœuvre que nous rapportons plus haut.

Telle est donc la façon d'intervenir lorsqu'il s'agit d'une O I D P. On interviendra d'une façon presque identique lorsque la tête sera en O I G P. Les seules différences qu'il y aura seront les suivantes: d'abord on introduira la première la branche droite et non la gauche; en second lieu, comme dans tous les cas où la cuiller droite est introduite la première, la mortaise se trouve au-dessous du pivot, il y aura impossibilité d'articuler directement, on n'aura qu'à décroiser, ce qui est une opération toujours facile. Pour la rotation et l'extraction, on se comportera comme s'il s'agissait d'une O I D P.

Enfin l'accoucheur peut être appelé à intervenir sur une tête en O S. La prise du forceps n'offrira pas de grandes difficultés, elle sera régulière quant à la tête, directe quant au bassin. La seule différence qui distinguera cette prise d'une prise sur une tête en O P, c'est que la grande courbure de l'instrument regardera la face et non l'occiput.

Nous n'indiquerons pas la façon de placer l'instrument, nous supposerons les divers temps que comporte la prise effectués et notre instrument en place. Devra-t-on tenter la rotation? Dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant, il serait préférable de faire toujours la rotation; malheureusement celle-ci ne peut être tentée que dans les cas où on est certain du diagnostic de la position primitive de l'occiput. Or le médecin n'est appelé quelquefois que pour terminer un accouchement qui dure depuis de longues heures: à ce moment là, bien imparfaits sont les renseignements fournis par le palper; l'opérateur ne peut faire qu'un diagnostic de O S, et encore ce diagnostic peut offrir une certaine difficulté à cause de la bosse séro-sanguine volumineuse qui cache suture et fontanelles

Dans tous les cas, c'est surtout lorsqu'il s'agit d'une O S

qu'on se rappellera le précepte donné par tous les auteurs, qu'on ne doit jamais user de violence pour faire la rotation et qu'un dégagement en O S, quelque inconvénients qu'il présente, est toujours préférable à une rotation forcée.

Lorsqu'une occipito-postérieure ne peut être réduite en occipito-antérieure, que reste-t-il à faire ? Abaisser et dégager la tête en O S.

Si on se sert du forceps Tarnier, on suivra pour les tractions les indications données par l'instrument. A un moment donné, lorsque la tête aura été suffisamment abaissée sur le périnée, on verra les manches de l'instrument se relever, pendant que la tête se fléchit de plus en plus et que l'occiput est amené à la commissure postérieure de la vulve. Puis les manches s'abaissent, alors que la tête se dégage, en se défléchissant au-devant du périnée. L'opérateur devra suivre ces divers mouvements non aveuglément, mais en surveillant attentivement les précieuses indications que lui fournit son instrument. Bien souvent celui-ci est venu rectifier une erreur de diagnostic et, comme le faisait remarquer M. Tarnier, le plus bel éloge de son instrument est justement la critique que lui adressait le professeur Pajot « d'être le forceps des ignorants ».

Si on se sert du forceps de Levret, il faut d'abord abaisser fortement l'occiput sur le périnée en exerçant les tractions le plus en arrière possible. Pour ce faire, on aura recours à la manœuvre décrite par le professeur Pajot. Puis on enlèvera les manches de l'instrument, de façon à dégager l'occiput à la commissure postérieure de la vulve. Une fois l'occiput dégagé, on abaissera les manches de manière à dégager la tête au-devant du périnée.

Est-il nécessaire de faire remarquer qu'avant de venir se dégager à la commissure postérieure de la vulve, l'occiput est obligé de parcourir un long trajet (la concavité sacrée et

tout le périnée à ce moment distendu et allongé au maximum); de plus, la tête doit se fléchir de plus en plus et cette flexion forcée est plus dangereuse pour l'enfant que la torsion qu'une rotation instrumentale aurait imprimée à son cou.

CONCLUSIONS

A. — Le pronostic est moins favorable pour les occipito-postérieures que pour les occipito-antérieures :

- 1° La durée du travail est plus longue ;
- 2° Les interventions instrumentales sont plus fréquentes ;
- 3° Le pronostic serait plus grave lorsqu'il s'agit de O I G P.

Dé plus, dans les occipito-postérieures, si une intervention est rendue nécessaire, elle sera plus difficile et demandera plus d'habileté de la part de l'opérateur.

B. — Suivant les indications, on aura recours :

- 1° A la réduction digitale suivant le procédé de M. Tarnier ;
- 2° A la manœuvre de M. Loviot ;
- 3° A une application de forceps sans réduction manuelle.

La tête est-elle en O I D P ou en O I G P, on fera une prise régulière quant à la tête, oblique quant au bassin.

La rotation artificielle sera toujours tentée, d'une manière générale, une fois la tête amenée sur le plancher pelvien. Exceptionnellement, on pourra l'essayer au-dessus de ce plancher, lorsque le relèvement intempestif des manches de l'instrument indique que ce dernier va déraiper. La rotation sera exécutée suivant les préceptes indiqués par M. Tarnier.

La rotation effectuée, on dégagera suivant les circonstances : avec le forceps renversé ou on procédera à une seconde application. Dans ce dernier cas, il est une précaution à prendre si l'on ne veut pas s'exposer à un retour en arrière de l'occiput.

Lorsque le forceps est appliqué sur une tête en O S, la rotation sera tentée, mais plus que jamais avec prudence et douceur.

Quand le dégagement se fera en occipito-postérieure, on devra exercer d'abord des tractions très en arrière, puis relever les manches du forceps, enfin les abaisser pour le dégagement de la face. C'est surtout dans ces cas que l'instrument de M. Tarnier fournit de précieuses indications, après avoir plus d'une fois rectifié le diagnostic.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juin 1899.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juin 1899.

Le Doyen,
L. VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DE FONMARTIN. — De la conduite de l'accoucheur dans la persistance des occipito-postérieures. Thèses de Paris, 1875 (218-236).
- FOUCHER. — De la rotation de la tête dans les occipito-postérieures. Th. de Paris, 1878 (222-234).
- LOCHARD. — Étude sur les positions occipito-postérieures. Th. de Paris, 1881.
- SADOC. — Recherches sur un point de mécanisme de l'accouchement (étiologie des positions rares du sommet). Th. de Paris, 1884-1885 (125-135).
- BLANC. — Correction manuelle des occipito-postérieures. Lyon médical, 1887 (54).
- BATAILLARD. — Étude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail, les modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. Th. de Paris, 1888-89 (278-287).
- TARNIER. — Semaine médicale (janvier 1889).
- VALLOIS. — Étude sur les occipito-postérieures. Archives de tocologie et de gynécologie, 1892 (19).
- GUERRERO. — Étude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. Th. de Paris, 1897 (129-142).
- CORININ. — Étude statistique sur la durée et le pronostic de l'accouchement dans le dégagement du O S. Thèse de Paris, 1897 (159-171).
- VALLET. — Contribution à l'étude du dégagement en occipito-sacrée. Th. de Bordeaux, 1897-98 (1-10).
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



